



# Διαχείριση ασθενούς με αρτηριακή υπέρταση και σιωπηλή κοιλιακή μαρμαρυγή

**Ι. Ζαχαροπούλου**  
**Ν. Κουρεμένος**  
**Κ. Κυφνίδης**  
**Α. Πιτταράς**

**Μ. Καλλίστρατος**  
**Α. Κουκουζέλη**  
**Α.Ι. Μανώλης**

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η κοιλιακή μαρμαρυγή αποτελεί την πιο συχνή μορφή καρδιακής αρρυθμίας, η οποία μπορεί να εμφανιστεί με διάφορα συμπτώματα όπως αίσθημα παλμών, θωρακικό άλγος, δύσπνοια, ζάλη, κόπωση ακόμη και συγκοπή. Ωστόσο, στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι περίπου 30% μέχρι και 40% των ασθενών παρουσιάζεται χωρίς εμφανή συμπτώματα κατά τη διάγνωση ή χωρίς να έχει κάποια εμφανή επίπτωση στην ποιότητα ζωής του. Η σιωπηλή κοιλιακή μαρμαρυγή (silent AF) ή κοιλιακή μαρμαρυγή χωρίς την εμφάνιση συμπτωμάτων είναι αρκετά συχνή και, εξαιτίας αυτού του χαρακτηριστικού, λανθάνει της έγκαιρης διάγνωσης. Σε αυτό το άρθρο παρουσιάζεται η ενδιαφέρουσα περίπτωση ασθενούς με αρτηριακή υπέρταση και άλλους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση κοιλιακής μαρμαρυγής, ο οποίος χωρίς να περιγράφει αντίστοιχη συμπτωματολογία διαγιγνώσκεται έγκαιρα με την αρρυθμία αυτή. Έχοντας λάβει υπόψη μας τους παράγοντες κινδύνου και ότι τυχαία διαλογή για κοιλιακή μαρμαρυγή σε ασθενείς με μεγαλύτερη ηλικία φαίνεται να είναι οικονομικά αποδοτική (cost-effective), προχωρήσαμε σε δοκιμασίες προσυμπτωματικής διάγνωσης (screening tests), μεταξύ των οποίων η ψηλάφηση σφυγμού, το ηλεκτροκαρδιογράφημα και η 24ωρη καταγραφή ρυθμού, οπότε οδηγηθήκαμε στη διάγνωση. Η μετέπειτα διαχείριση και αντιμετώπιση του ασθενούς είναι πολυπαραγοντική, καθώς αφορά όχι μόνο την αρρυθμία αλλά και τους παράγοντες κινδύνου για την επανεμφάνισή της.

 **Λέξεις-κλειδιά:** Σιωπηλή κοιλιακή μαρμαρυγή, κοιλιακή μαρμαρυγή, αρτηριακή υπέρταση, παράγοντες κινδύνου

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κοιλιακή μαρμαρυγή αποτελεί την πιο συχνή μορφή καρδιακής αρρυθμίας. Παρά το μεγάλο ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας και τις προόδους που έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια στον τομέα της διάγνωσης αλλά και της πρόληψης των επιπλοκών της εξακολουθεί να συγκαταλέγεται ανάμεσα στους σημαντικούς παράγοντες καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνητότητας<sup>1</sup>. Συχνά, η κοιλιακή μαρμαρυγή εμφανίζεται με διάφορα συμπτώματα όπως αίσθημα παλμών, θωρακικό άλγος, δύσπνοια, ζάλη, κόπωση ακόμη και συγκο-

πή<sup>2</sup>. Ωστόσο, στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι περίπου 30% μέχρι και 40% των ασθενών παρουσιάζεται χωρίς εμφανή συμπτώματα κατά τη διάγνωση ή χωρίς να έχει κάποια εμφανή επίπτωση στην ποιότητα ζωής του<sup>2,3</sup>. Η σιωπηλή κοιλιακή μαρμαρυγή (silent AF) ή κοιλιακή μαρμαρυγή χωρίς την εμφάνιση συμπτωμάτων είναι αρκετά συχνή και, εξαιτίας αυτού του χαρακτηριστικού της, λανθάνει της έγκαιρης διάγνωσης<sup>1</sup>. Επιπλέον, οι σοβαρές επιπλοκές της αρρυθμίας αυτής, μεταξύ των οποίων το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και ο θάνατος εμφανίζονται σε αντιστοιχία με

τους συμπτωματικούς ασθενείς<sup>2,3</sup>. Συχνά, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο αποτελεί και το πρώτο σύμπτωμα οπότε γίνεται και η αιτία διάγνωσης της κολπικής μαρμαρυγής. Επομένως, η ύπαρξη ή η απουσία συμπτωμάτων δεν θα πρέπει να μας κατευθύνουν στη διαχείριση των ασθενών αυτών ως προς την πρόληψη των επιπλοκών<sup>3</sup>.

Σε αυτό το άρθρο παρουσιάζεται η ενδιαφέρουσα περίπτωση ασθενούς με αρτηριακή υπέρταση και άλλους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής, ο οποίος χωρίς να περιγράφει αντίστοιχη συμπτωματολογία διαγιγνώσκεται έγκαιρα με την αρρυθμία αυτή.

### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Πρόκειται για ασθενή 66 ετών, παχύσαρκο και καπνιστή, ο οποίος προσήλθε στο ιατρείο υπέρτασης και καρδιαγγειακής προστασίας του νοσοκομείου μας για αξιολόγηση ρουτίνας της αρτηριακής πίεσης. Από το ατομικό αναμνηστικό ο ασθενής έχει αρτηριακή υπέρταση τα τελευταία 10 έτη, για την οποία λαμβάνει αγωγή με αμιλοδιπίνη 5 mg ημερησίως, και δυσλιπιδαιμία υπό αγωγή με ατορβαστατίνη 20 mg από 2ετίας και τελευταία τιμή λιποπρωτεΐνης χαμηλής πυκνότητας LDL: 115 mg/dl. Επιπλέον, στο ιστορικό του δεν αναφέρει αίσθημα παλμών, προκάρδιο άλγος ή ύποπτη συμπτωματολογία στην κόπωση που να υφίσταται σε ηρεμία, ενώ προσκομίζει πρόσφατη δοκιμασία κοπώσεως χωρίς ευρήματα. Κατά την κλινική εξέταση επιβεβαιώνεται ότι πρόκειται για έναν παχύσαρκο ασθενή με δείκτη μάζας σώματος (BMI): 30,9 kg/m<sup>2</sup> και ελλιπώς ρυθμισμένη αρτηριακή πίεση: 150/92 mmHg σε διαδοχικές μετρήσεις. Από την ακρόαση καρδιάς δεν προέκυψαν πρόσθετοι τόνοι ή φυσητάτα, ενώ οι σφυγμοί ήταν ρυθμικοί 85/λεπτό. Ο ασθενής υποβλήθηκε σε ηλεκτροκαρδιογράφημα, το οποίο ήταν φυσιολογικό. Το διαθωρακικό υπερηχοκαρδιογράφημα κατέδειξε ήπια διάταση του αριστερού κόλπου (42 mm) και ήπια υπερτροφία τοιχωμάτων (12,5 mm) με καλό κλάσμα εξωθήσεως (65%). Ο πλήρης εργαστηριακός έλεγχος συμπεριλαμβανομένης της εκτίμησης θυρεοειδικής, νεφρικής λειτουργίας και ανάλυσης ούρων ήταν φυσιολογικός. Επιπλέον, το λιπιδαιμικό προφίλ του ασθενή ήταν υπό έλεγχο. Στο πλαίσιο ύπαρξης πολλών παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής και δεδομένης της ηλικίας του ασθενούς, διενεργήθηκε 24ω-

ρη καταγραφή του ρυθμού, η οποία κατέδειξε πολλά σύντομα επεισόδια κολπικής μαρμαρυγής διάρκειας από 30 sec μέχρι και 1,5 min, ενώ ο βασικός ρυθμός ήταν φλεβοκομβικός με μέγιστο 104 σφ/λεπτό, ελάχιστο 43 σφ/λεπτό και μέσο όρο 61 σφ/λεπτό. Στον ασθενή ενισχύθηκε η αντιυπερτασική αγωγή με την προσθήκη ολιμεσαρτάνης 20 mg σε σταθερό συνδυασμό μια φορά ημερησίως με την αμιλοδιπίνη 5 mg που ήδη ελάμβανε, προκειμένου να πετύχουμε συστολική αρτηριακή πίεση μεταξύ 130-139 mmHg, ο οποίος είναι και ο στόχος μας για ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας  $\geq 65$  ετών (IA) σύμφωνα με τις ευρωπαϊκές οδηγίες<sup>4</sup>. Επιπρόσθετα εκτιμήθηκαν το EHRA score για την περιγραφή της σοβαρότητας των συμπτωμάτων του ασθενούς που αντιστοιχούσε σε 1 αφού ήταν ασυμπτωματικός, το CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VAS<sub>C</sub> score για την εκτίμηση του ετήσιου κινδύνου εμφάνισης αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου και συστημικής εμβολής που αντιστοιχούσε σε 2, λόγω της αρτηριακής υπέρτασης και της ηλικίας του ασθενούς, καθώς και το HAS-BLED score για την εκτίμηση του αιμορραγικού κινδύνου, που αντιστοιχούσε και αυτό σε 2, λόγω της ύπαρξης των δύο ίδιων προαναφερθέντων παραγόντων κινδύνου. Με βάση τα παραπάνω αποτελέσματα κρίθηκε αναγκαία η ρύθμιση του αναστρέψιμου παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση αιμορραγικών επιπλοκών, στην περίπτωσή μας δηλαδή της αρτηριακής υπέρτασης, αλλά και η χορήγηση αντιπηκτικών προκειμένου να επιτευχθεί η πρόληψη θρομβοεμβολικών επεισοδίων. Έχοντας πλέον στη φαρέτρα μας τα νεότερα από του στόματος αντιπηκτικά, προχωρήσαμε στη χορήγηση ριβαροξαμπάνης 20 mg μια φορά ημερησίως για την καλύτερη συμμόρφωση του ασθενούς μας. Επιπλέον ο ασθενής προωθήθηκε στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος και στο διατροφολογικό ιατρείο του νοσοκομείου προκειμένου να επιτευχθεί η επιθυμητή απώλεια βάρους. Επιπρόσθετα, υποβλήθηκε σε τεστ ύπνου για την πιθανότητα ύπαρξης υπνικής άπνοιας, το οποίο ήταν αρνητικό. Στην παρακολούθηση (follow-up) του ασθενούς ύστερα από περίπου 1 μήνα είχε ήδη επιτευχθεί ο στόχος της αρτηριακής πίεσης με τιμή 135/80 mmHg σε διαδοχικές μετρήσεις και μερική απώλεια βάρους. Η 24ωρη καταγραφή του ρυθμού κατέδειξε λιγότερα επεισόδια κολπικής μαρμαρυγής συντομότερης διάρκειας, ενώ ο ασθενής παρέμεινε ασυμπτωματικός.

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η ασυμπτωματική κολπική μαρμαρυγή που είναι συχνή, αρκετές φορές δεν διαγιγνώσκεται έγκαιρα. Στις μέρες μας μεγάλο ποσοστό ασθενών που φέρουν εμφυτεύσιμο απινιδωτή ή βηματοδότη παρουσιάζουν ασυμπτωματικά επεισόδια κολπικής μαρμαρυγής σύντομης διάρκειας<sup>2,5</sup>. Επιπλέον, η 24ωρη καταγραφή του ρυθμού και μελέτες τηλεφωνικής παρακολούθησής του έδειξαν ότι τα ασυμπτωματικά επεισόδια υπερέχουν έναντι των συμπτωματικών παροξυσμών 12 φορές ή και περισσότερο<sup>2,5</sup>. Διαγνωστικό χαρακτηρίζεται ένα επεισόδιο που διαρκεί τουλάχιστον 30 sec στο ηλεκτροκαρδιογράφημα ή στην 24ωρη καταγραφή του ρυθμού<sup>1</sup>. Ανάμεσα στους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνισή της συγκαταλέγονται η προχωρημένη ηλικία, η αρτηριακή πίεση, η παχυσαρκία και το κάπνισμα, παράγοντες δηλαδή που παρουσιάζει ο ασθενής μας, καθώς και διάφοροι άλλοι όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η βαλβιδική νόσος, η καρδιακή ανεπάρκεια, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, η κατανάλωση αλκοόλ, η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, η θυρεοειδική δυσλειτουργία, η υπνική άπνοια και το αυξημένο επίπεδο άσκησης<sup>1</sup>. Τυχαία διαλογή-screening για την εμφάνιση σιωπηλής κολπικής μαρμαρυγής φαίνεται να είναι οικονομικά αποδοτική (cost-effective) για πληθυσμό μεγαλύτερης ηλικίας  $\geq 65$  ετη<sup>6,7</sup>. Έτσι, λαμβάνοντας υπόψη μας όλα τα παραπάνω οδηγηθήκαμε στην 24ωρη καταγραφή του ρυθμού του ασθενούς χωρίς ο ίδιος να αναφέρει συμπτώματα κατά την εξέταση. Μετά τη διάγνωση, οι άξονες δράσης είναι πολλαπλοί. Αρχικά, πολύ σημαντικό κεφάλαιο αποτελεί η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης. Η ελλιπώς ρυθμισμένη αρτηριακή πίεση αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, αιμορραγικών επιπλοκών καθώς και επαναλαμβανόμενων επεισοδίων κολπικής μαρμαρυγής<sup>1,8</sup>. Επιπρόσθετα, έχει αποδειχτεί ότι οι αναστολείς του συστήματος ρενίνης-αγγειοτενσίνης-αλδοστερόνης προλαμβάνουν την αναδιαμόρφωση και την εμφάνιση επαναλαμβανόμενων επεισοδίων κολπικής μαρμαρυγής<sup>9</sup>. Αντίστοιχα, κλινικές μελέτες έχουν δείξει το ευεργετικό αποτέλεσμα της λήψης αναστολέων του μεταπρεπτικού ενζύμου στην επανεμφάνιση επεισοδίων κολπικής μαρμαρυγής σε ασθενείς «υψηλού» κινδύνου, μεταξύ των οποίων συμπεριλαμβάνονται και οι υπερτασικοί

ασθενείς με υπερτροφία της αριστερής κοιλίας<sup>10</sup>. Σύμφωνα με τις νεότερες ευρωπαϊκές οδηγίες για την αρτηριακή υπέρταση ο στόχος της συστολικής αρτηριακής πίεσης για ασθενή  $\geq 65$  ετών βρίσκεται μεταξύ 130-139 mmHg<sup>4</sup>. Έτσι, προσθέτοντας ένα δεύτερο αντιυπερτασικό φάρμακο της κατηγορίας αυτής σε σταθερό συνδυασμό για καλύτερη συμμόρφωση του ασθενούς, επιτυγχάνουμε τελικά το στόχο μας στο πρώτο follow-up<sup>4</sup>. Έπειτα, στον ασθενή με ασυμπτωματική κολπική μαρμαρυγή δηλαδή με EHRA score 1, δεν ενδείκνυται αντιαρρυθμική θεραπεία<sup>1</sup>. Τα αντιαρρυθμικά φάρμακα χορηγούνται σε ασθενείς με κολπική μαρμαρυγή για τη βελτίωση των συμπτωμάτων<sup>1</sup>. Ωστόσο η εκτίμηση του κινδύνου για εμφάνιση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score) και η εκτίμηση του κινδύνου για την εμφάνιση αιμορραγικών επιπλοκών (HAS-BLED score) ήταν στον ασθενή μας 2. Οι άντρες ασθενείς με CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc score  $\geq 2$  χρήζουν λήψης αντιπηκτικής αγωγής από το στόμα (IA) καθώς και διόρθωσης των παραγόντων αιμορραγικού κινδύνου<sup>1</sup>. Μάλιστα, όταν ξεκινάμε αντιπηκτική θεραπεία σε ασθενή που μπορεί να λάβει τα νεότερα από του στόματος αντιπηκτικά (NOACs), αυτά προτιμούνται σε σχέση με τον ανταγωνιστή της βιταμίνης K (IA)<sup>1</sup>. Έτσι, λαμβάνοντας υπόψη μας και την καλύτερη συμμόρφωση του ασθενούς, αποφασίστηκε η χορήγηση ριβαροξαμπάνης 20 mg μια φορά ημερησίως. Επιπρόσθετα, η τιμή του HAS-BLED score δεν θα πρέπει να αποθαρρύνει τη χρήση αντιπηκτικών από το στόμα. Αντίθετα, το score αυτό αποτελεί χρήσιμο εργαλείο προκειμένου να αναγνωρίσουμε και να διορθώσουμε τους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση αιμορραγικών επεισοδίων<sup>1</sup>. Επόμενος άξονας δράσης είναι η βελτίωση των παραγόντων που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής του ασθενούς, δηλαδή το λεγόμενο 'life-style'. Έτσι, μεγάλη βαρύτητα δόθηκε στην προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος καθώς και στην απώλεια βάρους, αφού ο κίνδυνος εμφάνισης κολπικής μαρμαρυγής φαίνεται να αυξάνεται παράλληλα με την αύξηση του δείκτη μάζας σώματος (BMI)<sup>1,11</sup>. Τέλος σημαντική κρίνεται η συχνή παρακολούθηση (follow-up) του ασθενούς προκειμένου να ελεγχθεί η καταλληλότητα της θεραπείας, η συμμόρφωση του ασθενούς σε αυτή και η επίτευξη των τελικών μας στόχων.

**SUMMARY**

Zacharopoulou I, Kouremenos N, Kifnidis K, Pittaras A, Kallistratos M, Koukouzeli A, Manoliss AJ

**How to manage a patient with arterial hypertension and silent atrial fibrillation**

*Arterial Hypertension 2019; 28: 298-301.*

Atrial fibrillation is the most common form of cardiac arrhythmia that can occur with various symptoms such as palpitations, chest pain, shortness of breath, dizziness, fatigue and even syncope. However, the literature reports that approximately 30 to 40% of patients present without any apparent symptoms at diagnosis or without any apparent impact on their quality of life. Silent atrial fibrillation (silent AF) or atrial fibrillation without symptoms is quite common and due to this characteristic early diagnosis is frequently missed. This article presents the interesting case of a patient with arterial hypertension and other risk factors for atrial fibrillation who, without describing corresponding symptomatology, was diagnosed early with this arrhythmia. Taking into account the risk factors and the fact that random screening for atrial fibrillation in older patients appears to be cost-effective, we proceeded with screening tests and led to the diagnosis. Subsequent patient management and treatment is multifactorial as it concerns not only the arrhythmia but also the risk factors for its recurrence.

Key-words: Silent atrial fibrillation, Atrial fibrillation, Arterial hypertension, Risk factors.

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Kircchhof P, et al. 2016 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with EACTS. The Task Force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. *European Heart Journal* 2016; 37: 2893-2962.
2. Savelieva I, Camm AJ. Clinical relevance of silent atrial brillation: prevalence, prognosis, quality of life, and management. *J Interv Card Electrophysiol* 2000; 4: 369-382.
3. Xiong Q, Proietti M, Senoo K, Lip GY. Asymptomatic versus symptomatic atrial brillation: A systematic review of age/gender differences and cardiovascular outcomes. *Int J Cardiol* 2015; 191: 172-177.
4. Williams B, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *European Heart Journal* 2018; 39: 3021-3104.
5. Kallistratos MS, Poulimenos LE, Manolis AJ. Atrial fibrillation and arterial hypertension. *Pharmacol Res* 2018 Feb; 128: 322-326. doi: 10.1016/j.phrs.2017.10.007.
6. Fitzmaurice DA, et al. Screening versus routine practice in detection of atrial brillation in patients aged 65 or over: cluster randomized controlled trial. *BMJ* 2007; 335: 383.
7. Hobbs FD, et al. A randomised controlled trial and cost-effectiveness study of systematic screening (targeted and total population screening) versus routine practice for the detection of atrial brillation in people aged 65 and over. The SAFE study. *Health Technol Assess* 2005; 9: iii-iv, ix-x, 1-74.
8. Manolis A, Doumas M, Poulimenos L, Kallistratos M, Mancica G. The unappreciated importance of blood pressure in recent and older atrial fibrillation trials. *J Hypertens* 2013 Nov; 31(11): 2109-17; discussion 2117. doi: 10.1097/HJH.0b013e3283638194
9. Schneider MP, Hua TA, Bohm M, Wachtell K, Kjeldsen SE, Schmieder RE. Prevention of atrial brillation by Renin-Angiotensin system inhibition a meta-analysis. *J Am Coll Cardiol* 2010; 55: 2299-2307.
10. Anis R. Role of angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin receptor blockers in the management of atrial fibrillation. *Exp Clin Cardiol* 2009 Spring; 14(1): e1-e7.
11. Overvad TF, et al. Body mass index and adverse events in patients with incident atrial brillation. *Am J Med* 2013; 126: 640.e649-617.